

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ELINALDO MIGUEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180228539**

Vitima: **ELINALDO MIGUEL DA SILVA**

Data do Acidente: **20/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180228539**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12831568



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Email			Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

de de  
Local e Data

*João Pessoa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

13 ABR. 2013  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**CAIXA**

POUPANÇA



603689 0010 44748 7265

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

0904 013 00086750-7 04/21



débito

10. ABR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

225557574-48

Nome completo da vítima

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo ELINALDO MIGUEL DA SILVA	CPF titular da conta 225557574-48	Profissão AUXILIAR DE SERVIÇO
Endereço RUA NIQUEL SALES MONTEIRO	Número 38	Complemento
Bairro ALTI PLANO CABA BRANCO	Cidade SÃO PÉLION	Estado PARAÍBA
Email	CEP 58046260	Telefone (DDD) 83-386613803

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0904

DIV

CONTA

Nº

00086750

DIV

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Pélion, 05 de Abril de 2018

Local e Data

Elinaldo Miguel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO

20 ABR. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAG DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

225557574-48

Nome completo da vítima

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo ELINALDO MIGUEL DA SILVA	CPF titular da conta 225557574-48	Profissão AUXILIAR DE SERVIÇO
Endereço RUA RUI SALLES MONTEIRO	Número 38	Complemento
Bairro ALTO PLANO CABA BRANCO	Cidade São Paulo	CEP 08046260
Email	Estado Paraná	Telefone (DDD) 83-386613803

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NFO _____ AGÊNCIA NFO _____ D/V _____ CONTA NFO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NFO 0804	D/V	CONTA NFO 00086750	D/V 7

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Paulo, 05 de Abril de 2018

Local e Data

Elinaldo Miguel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

20 ABR. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00651.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00651.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:47 horas do dia 05 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Elinaldo Miguel da Silva**, CPF nº 225.557.574-49, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços, filho(a) de Maria das Mescês Ferreira e Antonio Miguel da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/01/1958 (60 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Henrique Sales Monteiro, Nº 38, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Mercadoria do Matuto, na cidade de João Pessoa/PB, telefonet(s) para contato (83) 98889-6255.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Ph 008, Próximo Ao Centro de Convenções, João Pessoa PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 20/10/17 22:00h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

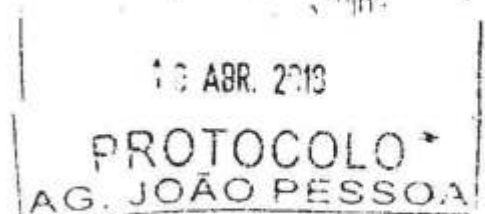
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD, VERMELHA, 2014/2014, PLACA OXO6464/PB, CHASSI 9C2KC1650ER022856, registrada em nome do noticiante, quando o pneu traseiro estourou fazendo com que o noticiante perdesse o controle e caísse ao solo lesionando-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 09.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU: Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão, A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

\_\_\_\_\_  
ELINALDO MIGUEL DA SILVA  
Noticiante





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00651.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00651.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:47 horas do dia 05 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Elinaldo Miguel da Silva**, CPF nº 225.557.574-49, nacionalidade brasileira, estado civil viúvota, identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços, filho(a) de Maria das Mescês Ferreira e Antonio Miguel da Silva, natural de João Pessoa PB, nascido(a) em 10/01/1958 (60 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Henrique Sales Monteiro, Nº 38, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Mercadoria do Matuto, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98889-6255.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Ph 008, Próximo Ao Centro de Convenções, João Pessoa PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 20/10/17 22:00h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD, VERMELHA, 2014/2014, PLACA OX06464-PB, CHASSI 9C2KC1650ER022856, registrada em nome do noticiante, quando o pneu traseiro estourou fazendo com que o noticiante perdesse o controle e caísse ao solo lesionando-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 09.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU. Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2018.

**FABIANA DE LIMA BEZERRA**  
Agente de Investigação

**ELINALDO MIGUEL DA SILVA**  
Noticiante

13 ABR. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Procedimento Policial: 00651.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

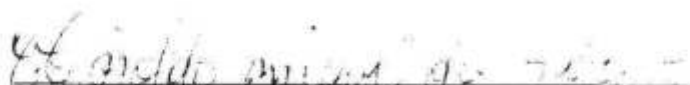
#### Assinalar uma das opções abaixo:

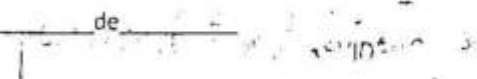
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Local e Data

  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

  
10 ABR, 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

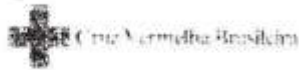
Local e Data

13 ABR. 2013

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1035758



### Identificação do paciente

ID 1076023	Nome ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59 anos 9 meses 10 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA	Religião	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai ANTONIO MIGUEL DA SILVA	Responsável (Parentesco) EKISSON MIGUEL SANTOS DA SILVA - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988000963	DDD Fixo 00
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 477510	Fone Fixo 00000000
Local de procedência ALTIPLANO	Nº Cns 705009255831157	
Email	Tipo BAIRRO	UF PB
Naturalidade JOAO PESSOA	CBO Comerciante atacadista	

### Endereço

CEP 58046260	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 38	Logradouro HENRIQUE SALES MONTEIRO	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO

### Admissão

Data e Hora 20/10/2017 23:17:01	Número da pulseira 100005993139	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vero de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA X	mmHg	Pulsos	Temperatura
---------	------	--------	-------------

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Paciente vítima de queda de moto  
Consciente, orientado, encaminha  
do ao EDI

Diagnóstico

Atendido por  
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

Imprimir

Tempo

13 ABR 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1035758



## Identificação do paciente

O	Nome	Sexo
1076023	ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Masculino
Data de nascimento:	Estado civil	Religião
10/01/1958	CASADO(A)	Protestante
Mãe	Pai	
MARIA DAS MESSES FERREIRA	ANTONIO MIGUEL DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	EKISSON MIGUEL SANTOS DA SILVA - FILHO(A)	
DDD Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	00	00000000
Tipo documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)	705009255831157	
Local de procedência	Tipo	UF
ALTIPLANO	BAIRRO	PB
Email	CBOE	
	Comerciante atacadista	

## Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58046260	JOAO PESSOA	PB	HENRIQUE SALES MONTEIRO
Número	Complemento		Bairro
38			ALTIPLANO CABO BRANCO

## Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
20/10/2017 23:17:01	100005993139	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Via de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			

## Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
x mmHg		

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Paciente, vítima de queda de moto  
consciente, orientado, encaminhado  
do ao EDI

Diagnóstico

Atendido por  
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

Imprimir

Tempo  
13 ABR 2018PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

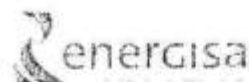
CONTA: 000000086750-7

---

Nr. da Autenticação 6EE8BF5E82012509

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para pagamento  
Distribuidora para energia elétrica  
Nº 004.186.059



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58371-682  
CNPJ 09.995.183 / 0001-43 Insc. Est. 16.019.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO  
RUA HENRIQUE SALES MONTEIRO 38  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/220763-7

### REFERÊNCIA

MAR/2018

### APRESENTAÇÃO

27/03/2018

### CONSUMO

0

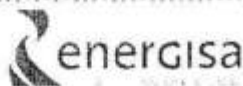
### VENCIMENTO

04/04/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 24,54

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO

Roteiro: 16-006-330-1080

83620000000-5 24540149000-9 02207632018-7 03100006019-9

### VENCIMENTO

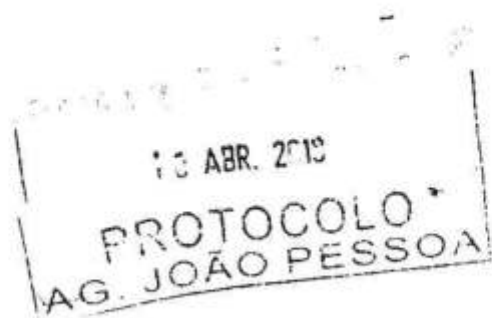
04/04/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 24,54

### MATRÍCULA

220763-2018-03-1



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Bd 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58211-400  
CNPJ 09.995.183 / 0001-40 - INSC. EST. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO  
RUA HENRIQUE SALES MONTEIRO 38  
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/220763-7

REFERÊNCIA

MAR/2018

APRESENTAÇÃO

27/03/2018

CONSUMO

0

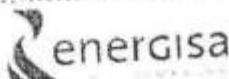
VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,54

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO

Roteiro: 16-006-330-1080

63620000000-5 24540149000-9 02207632018-7 03100006019-9

VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,54

MATRÍCULA

220763-2018-00-1



ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:42:10

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:42:10

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:42:10

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:42:10

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:42:10  
13 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário \_\_\_\_\_ inscrito  
(a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima  
\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

Assinatura do Declarante

13 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424314 / 22 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELINALDO MIBUGEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 225557574 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima ELINALDO MIBUGEL DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 225557574 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA BELÉM BARBOSA BOTO DE MENEZES</u>		Número <u>359</u>	Complemento <u>CA D</u>
Bairro <u>SANTIM DAS ADONIAS</u>	Cidade <u>BOA PESSOA</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58020-670</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>83 986619863</u>	Telefone celular (DDD)

Boa PESSOA de ABRIL de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E REINDENIZACAO  
10 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424314 / 22 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELINALDO MIGUEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 225557574 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ELINALDO MIGUEL DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 225557574 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA DELTA BARBOSA BOTO DO MENEZES</u>		Número <u>359</u>	Complemento <u>CA D</u>
Bairro <u>SANTIM DAS ADONIAS</u>	Cidade <u>SÃO PEDRO</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58020-670</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>83 986619863</u>	Telefone celular (DDD) _____

São Pedro de ABRIL de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

COMPREV SECURIS ET REND...  
10 ABR. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ELINALDO MIGUEL DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO 10/01/58  
NOME DA MÃE MARIA DAS MESCÊS FERREIRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1035758  
DATA DO ATENDIMENTO 20/10/17  
HORA DO ATENDIMENTO 23:17  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO  
CID 10 S62

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, letárgico eupneico falando com dificuldade apresenta ferimento no lábio e mucosa da boca, contusão no punho dir.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX punho direito  
TC punho direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de radio distal  
TC: fratura de radio distal com extensão articular

### TRATAMENTO:

Sutura dos ferimentos da boca. Imobilização do punho direito. Encaminhado ao hospital Orotrauma de Mangabeira. Medicado.

ALTA HOSPITALAR: 21/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 09/03/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>		Prontuário
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO</b>	Nº Cons. Regional <b>5423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 00:07:45</b>		
Convênio <b>S</b>	Nº Matricula	Senha	

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETÁRGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE. IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL). SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD:

- 01 ANAMNESE
- 02 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM
- 03 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL
- 04 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

## Conduta

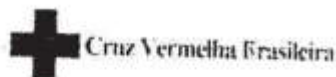
Em observação

*Gabriel Freire da Silva Filho*  
Dentista  
GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO  
(5423/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

10 ABR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 01:37:08</b>		Nº Cons. Regional <b>6207/PB</b>
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

paciente vítima de acidente com dor no punho , possivle fratura , peço radiografia sem tala .

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: SEM TALA)

### Conduta

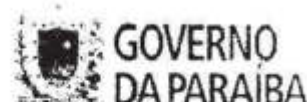
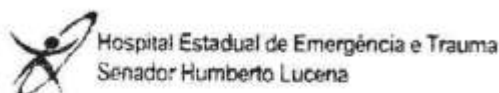
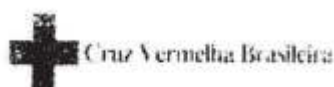
Em observação

ANDRE LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA  
(6207/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

10 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>	
Convênio <b>5</b>	Nº Matrícula	Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 01:48:49</b>	
		Senha	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETÁRGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE. IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL), SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD:

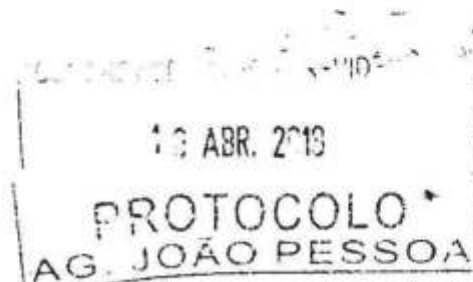
- 01 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM
- 02 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL
- 03 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES
- 04 REAVALIAÇÃO PELA BMF APOS TC DE FACE

### Conduta

Em observação

ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM. JOAO PESSOA - PB. 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Saída
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Nome <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>			Prontuário
Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>		Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 01:57:07	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matricula	Senha	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS. ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO. FALA COM CLAREZA.  
EXAME FISICO OBSERVA-SE FCC EM LABIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE E MANDÍBULA. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.  
CD:  
01 ALTA DA BMF APOS SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL  
02 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

### Conduta

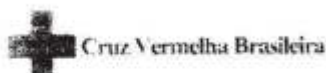
Em observação

  
ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

10 ABR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome ELINALDO MIGUEL DA SILVA					CNS 705009255831157		Prontuário	
Data de Nascimento 10/01/1958	Idade 59A 9M 11D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	
Nome da Mãe MARIA DAS MESSES FERREIRA			Nome da Pai ANTONIO MIGUEL DA SILVA					
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO			Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO				Cep 58046260	
Município JOÃO PESSOA - PB			Telefone Residencial ( 83 ) 988569543		Telefone Celular ( 83 ) 988000963			
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262		Telefone ( 83 ) 32165700			

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N. MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VÔMITOS COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO EVIDENCIA TRAÇO ARTICULAR DE FRATURA DE RADIO DISTAL		
CID S52.6	Data de encaminhamento 21/10/2017 08:19:52	

Dr. Brício Kallan B. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7654  
TEOT 15666

Assinatura e carimbo do profissional

13 ABR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa <b>2017-10-21 08:19:52.0</b>
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (83) 988569543</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Barro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 08:19:52</b>	Nº Cons. Regional <b>7654/PB</b>
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matricula		Senha

## Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS  
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D  
RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL.  
TC DE PUNHO COM FRATURA DE RADIO DISTAL COM EXTENSÃO ARTICULAR.

CD:  
#IMOBILIZAÇÃO  
#ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

## PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

## CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

## Conduta

Alta com encaminhamento externo

## Alta Hospitalar

Usuário  
**BRICIO KELTON  
BARBOSA  
GOLCALVES**

Data e Hora  
**21/10/2017 08:19:52**

Motivo de Alta  
**ALTA MEDICA**

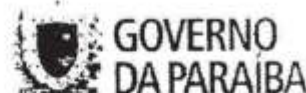
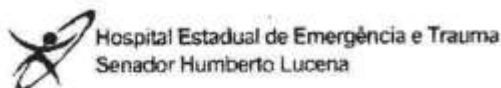
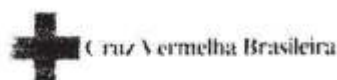
Observações  
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VOMITOS COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO EVIDENCIA TRAÇO ARTICULAR DE FRATURA DE RADIO DISTAL

Dr. Bricio Kelton B. Golcalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7654  
TE 011 8655

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES  
(7654/PB)

13 ABR. 2018

PROTOCOLO



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (83) 988569543</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO</b>	Nº Cons. Regional <b>10062/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 07:35:58</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matricula		Senha

### Anamnese

Paciente vítima de acidente de moto há 8 horas. Vítima de trauma em face e membro superior. No momento, paciente sem queixas, hemodinamicamente estável. nega dor, vômitos, náuseas. Ao exame: Abdome indolor, plano, timpânico. MV + em AHT, sem RA. Paciente em observação pela BMF e Ortopedia. Conduta: Alta da Cirurgia Geral

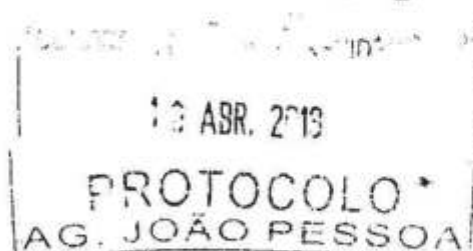
### Conduta

Em observação

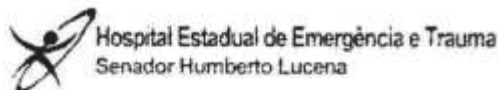
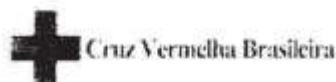
*Dr. Roberto Chianca T. de Carvalho Filho*  
 Médico  
 CRM-PB 10062

ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO  
 (10062/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA







**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>6918/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 04:04:16</b>	
Convênio <b>IS</b>	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
 TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
 RELATA VÔMITOS  
 COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D  
 RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL , RX INCONCLUSIVO PARA DETERMINAR TERAPEUTICA  
 CD SOLICITO TC DE PUNHO D

## EXAME DE IMAGEM

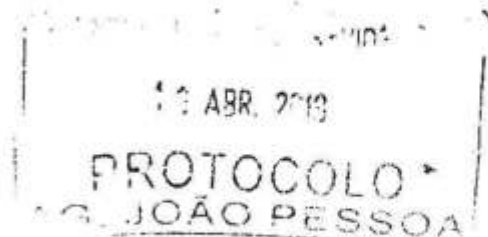
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES

## Conduta

m observação

**LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR**  
 (6918/PB)

**ELINALDO MIGUEL DA SILVA**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Secretaria Municipal de Saúde



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Data de	10/01/1958	Idade	59	Sexo	MASCULINO	Nº	1035758	Nº		Data Prescrição	20/10/2017 23:54:44
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho				Leito				Prescrição válida a	20/10/2017 23:54:44

### MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aparazamento
1 DIFIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO	2.0	ML		ORAL		AGORA		
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V		24H		

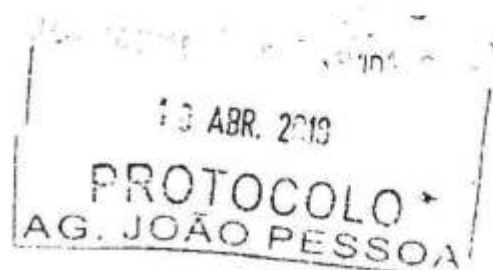
ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA

CRM: 2904

20 de Outubro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>			Prontuário
Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>		Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>2904/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>20/10/2017 23:54:44</b>	
Convênio <b>3</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS

CD:AVA, NCR + BMF + ORTOPEDIA  
SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRANIO + RADIOGRAFIAS  
ANALGESIA

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA ORAL, AGORA, 0,0 (MGTSM)  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

### CID10

Código	Descrição
S86.9	Traumatismo de músculo e tendão não especificado ao nível do punho e da mão

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

### Conduta

Em observação

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA  
(2904/PB)

13 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 20/10/13	ID de Ocorrência: 1858-3	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe:	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 18:00 Hs	Hora de Chegada no Local: 19:01 Hs
Paciente / Usuário: <u>JOÃO PESSOA</u>				Idade: 59	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:				Logradouro: <u>BR 108</u>		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:				Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:		
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HEETSHL Hospital de Trauma Médico Receptor		HEETSHL Hospital de Trauma Médico Receptor		Destino (Unidade Hospitalar)		
				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Origem: Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.R. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
Quais? <u>QUECA</u>			

1. DADOS VITAIS  
A: 180 FC: 71 FR: 15 HGT: 132 SpO2 - S/O2: 95 SpO2 - C/O2: 98

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA  
Paciente jovem, branco, P/ desorientado, leve  
trauma contuso em abdome (traq). Nega lombalgia, dor  
torácica, prurido ou sede. Condição + em  
boas de saúde

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
 Diagnósticos de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada  
 Intervenções: ISU + Imobilização + P/CI trauma  
 Avaliação do Enfermeiro: Paciente evoluiu EGR, consciente orientado, nra.  
no ocorrido, sinais e sintomas contuso em abdome +  
trauma leve.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA  
Transferido no KED 5/ Prancha  
13 ABR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**2 - VIA AÉREA:**

☐ Livre ☒ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**

☐ Normal ☐ Superficial ☒ Regular ☐ Irregular

**2.3 - ACHADOS:**

☒ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Fétido

**3 - CIRCULAÇÃO:**

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

**3.1 - EDEMAS:**

☐ Não ☒ Sim - Local: DETO INFE

**3.2 - PERFUSÃO**

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

**3.3 - PULSO**

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

**3.4 - E.C.G.**

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

ECGL \_\_\_\_\_

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

**PROCEDIMENTOS**

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)****PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não  
☐ Sim  
Objetos: \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

13 ABR, 2013

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG / CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (RUBRICA): \_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

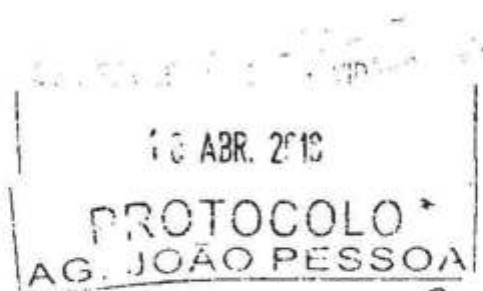
Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:03.*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Cavidades paranasais com configuração, contornos e aeração normais.

Septo nasal sem desvios expressivos.

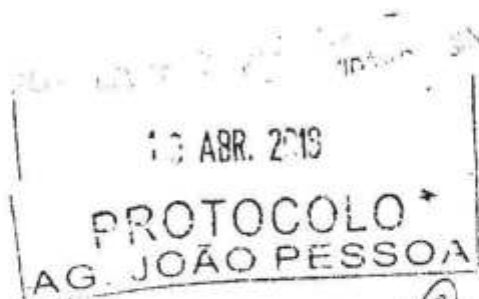
Estruturas ósseas conservadas.

Cavidades orbitárias sem alterações.

Fossas pterigopalatinas livres.

Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:05.*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860739

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO DIREITO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Fratura cominutiva do rádio distal, com extensão para a superfície articular.

Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

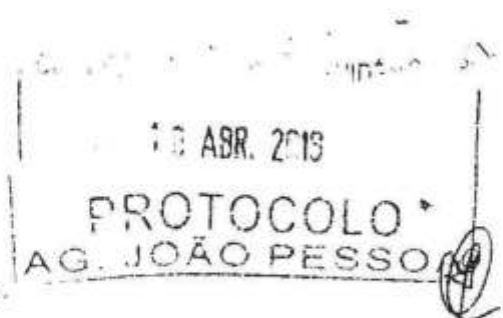
Espaços articulares conservados.

Pequeno derrame articular radiocarpal.

Densificação (edema) de partes moles periarticulares .

Densificação (edema) da tela subcutânea .

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:38.

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**

## CERTIDÃO

Nº. 1758/2017

Atendendo solicitação de ELINALDO MIGUEL DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 71107 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 21/10/2017 às 15h39min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizada imobilização e medicação e liberado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de dezembro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883







PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 71107

Atd: Nao Regul

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO RUIRY

Data: 21/10/2017

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N.

Hora: 15:39:16

58056-394 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1960

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S/

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.10.003116

CNS: 705009255831157 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988569543

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/01/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA HENRIQUE SALES MONTEIRO, 0

Bairro: ALTIPLANO CABO BRANCO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DAS NEVES FERREIRA

Pai: ANTONIO MIGUEL DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988569543 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE NOTO AS 22HRS ONTEM A NOITE NA PB 0008

Vitima de violencia por: CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: Q2%:

[ ] Anestesiado Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITA (SIC)

Fratura de radio distal @ da estiradeira  
do radio @, sem desvio.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx punho @ AP, lateral e oblíqua

Diagnostico

Fratura do radio  
distal @ sem desvio

Conduta

talca zero-punho  
Almoxar 400mg

Prescrição

Horario da medicacao

Retorno em  
10 dias p/ reavaliacao

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
17 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Dr. Rodrigo Castro do Amaral  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 46477 TEUF 8331







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860739

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO DIREITO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Fratura cominutiva do rádio distal, com extensão para a superfície articular.  
Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.  
Espaços articulares conservados.  
Pequeno derrame articular radiocarpal.  
Densificação (edema) de partes moles periarticulares .  
Densificação (edema) da tela subcutânea .

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

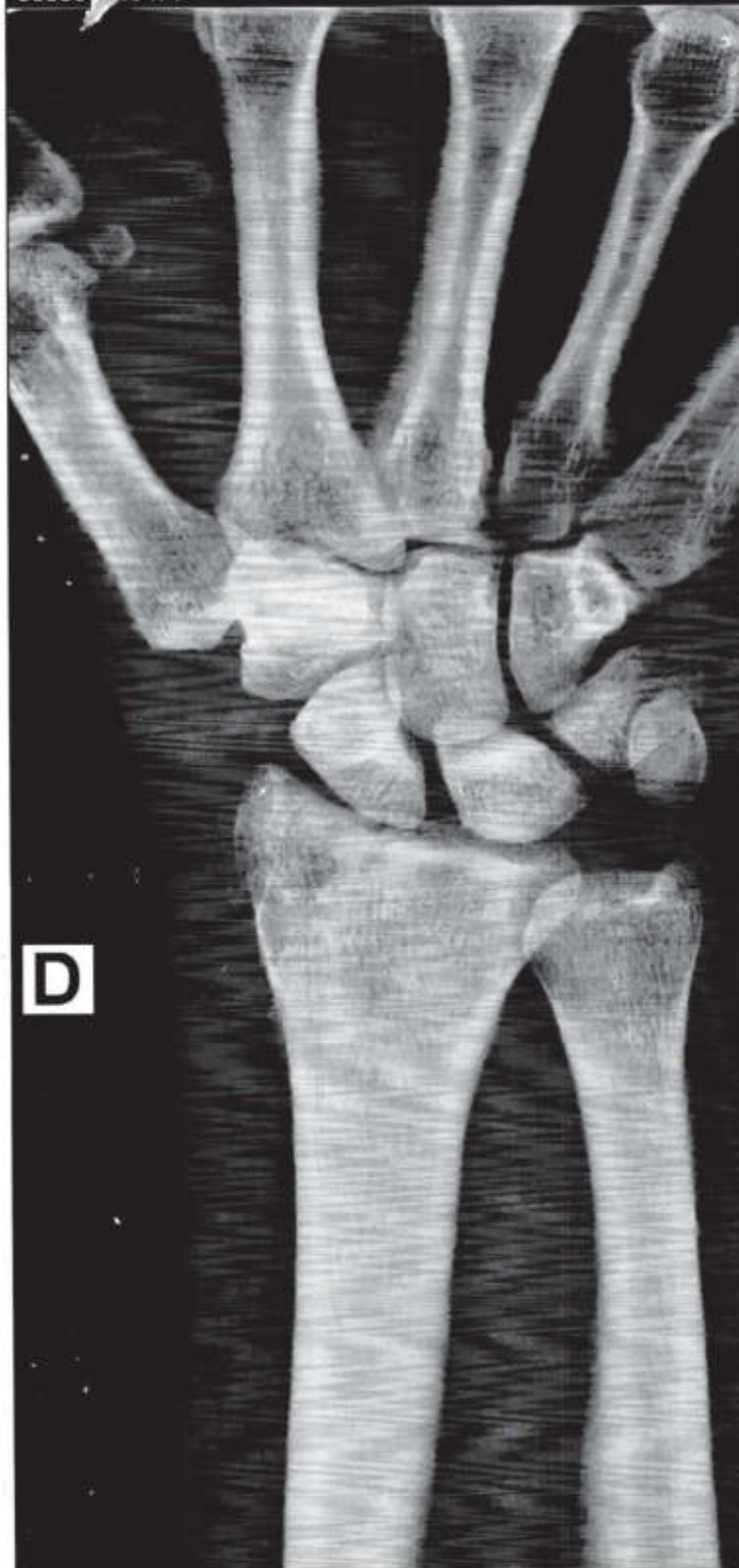


*Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:38 .*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**



000000043476



000000043475

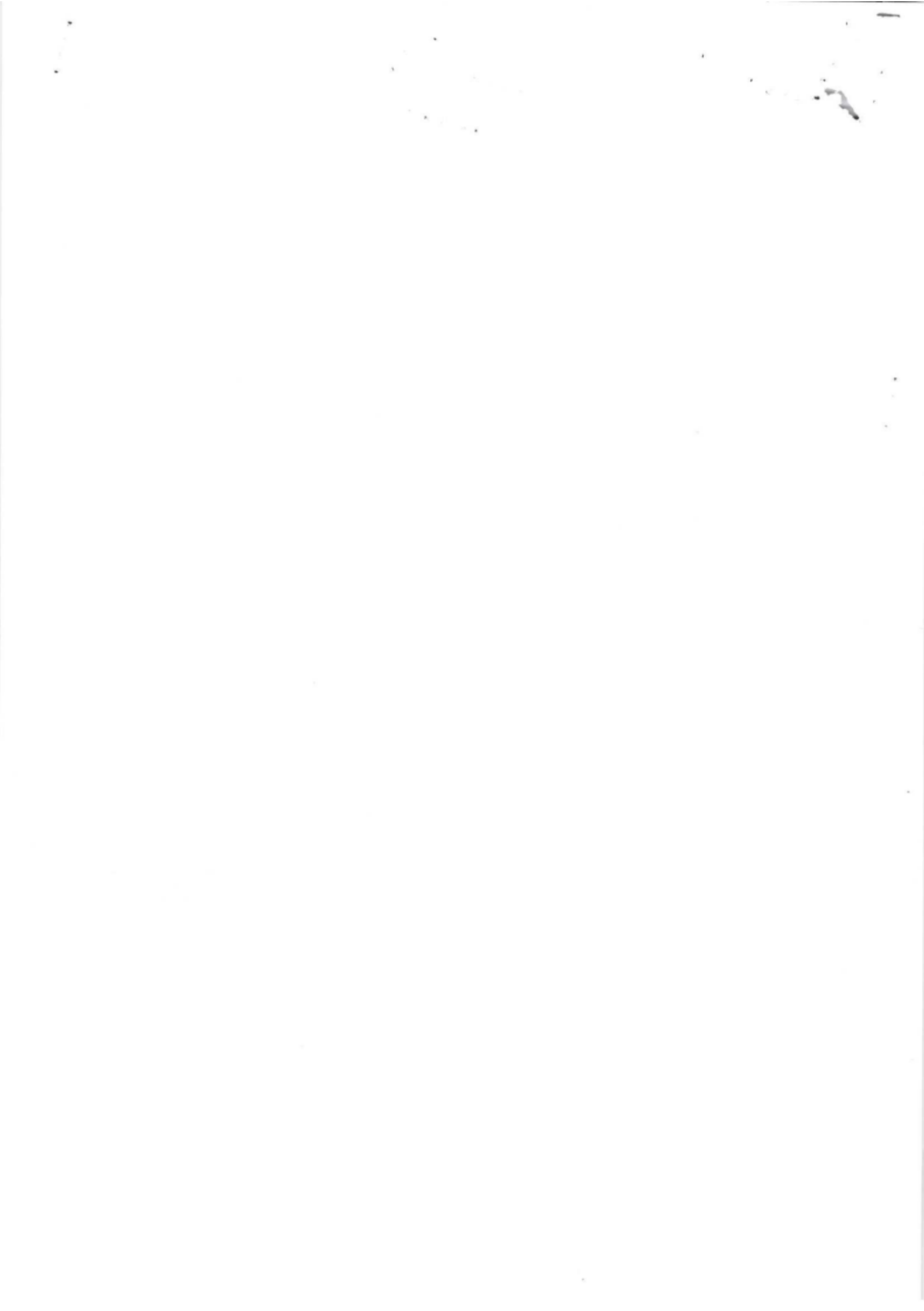


COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
17 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
17 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
ELINALDO MIGUEL DA SILVA ID: 000000043476  
21.10.2017 IDADE: 59 SEXO: M  
TECNICO: Hora: 03:18:10







GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ELINALDO MIGUEL DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO 10/01/58  
NOME DA MÃE MARIA DAS MESCÊS FERREIRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1035758  
DATA DO ATENDIMENTO 20/10/17  
HORA DO ATENDIMENTO 23:17  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO  
CID 10 S62

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, letárgico eupneico falando com dificuldade apresenta ferimento no lábio e mucosa da boca, contusão no punho dir.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX punho direito  
TC punho direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de radio distal  
TC: fratura de radio distal com extensão articular

### TRATAMENTO:

Sutura dos ferimentos da boca. Imobilização do punho direito Encaminhado ao hospital Ortotrauma de Mangabeira. Medicado

ALTA HOSPITALAR: 21/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 09/03/18

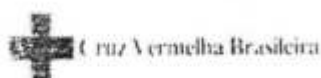
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Nº Cons. Regional <b>5423/PB</b>	
Convênio <b>S</b>	Nº Matricula		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 00:07:45</b>
			Serha

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETÁRGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE.  
AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE, IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL). SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.  
CD:  
01 ANAMNESE  
02 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM  
03 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL  
04 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

## Conduta

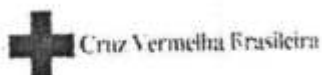
Em observação

*Gabriel Freire da Silva Filho*  
GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO  
(5423/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 01:37:08</b>	Nº Cons. Regional <b>6207/PB</b>
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

paciente vitima de acidente com dor no punho , possivle fratura , peça radiografia sem tala .

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: SEM TALA)

### Conduta

Em observação

ANDRE LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA  
(6207/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAHOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Barro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional 2442/PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 01:48:49	
Convênio 3	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LABIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE. IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL), SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD:

- 01 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM
- 02 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL
- 03 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES
- 04 REAVALIAÇÃO PELA BMF APOS TC DE FACE

**Conduta**

Em observação

ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

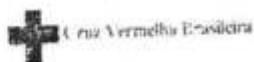
ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Bacia
ELINALDO MIGUEL DA SILVA	1036758	20/10/2017 23:17:01	
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
10/01/1958	60	Masculino	(83) 988000963 / (00) 00000000
Nome		CNS	Prontuário
MARIA DAS MESSES FERREIRA		705009255831157	
Endereço	Bairro	Município	UF
HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38	ALTIPLANO CARO BRANCO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ADRIANO DUARTE QUINTANS	2442/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
20/10/2017 23:17:01		21/10/2017 01:57:07	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETÁRGICO, EUPNEICO, FALA COM CLAREZA.  
EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA, SEM SINAIS APARENTES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE E MANDÍBULA. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.  
CD:  
01 ALTA DA BMF APOS SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL  
02 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

### Conduta

Em observação

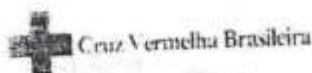
ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

10 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome				CNS	Prontuário	
ELINALDO MIGUEL DA SILVA				705009255831157		
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão
10/01/1958	59A 9M 11D	Masculino	PARDA			
Nome da Mãe				Nome da Pai		
MARIA DAS MESSES FERREIRA				ANTONIO MIGUEL DA SILVA		
Endereço				Bairro		Cep
HENRIQUE SALES MONTEIRO				ALTIPLANO CABO BRANCO		58046260
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular
JOAO PESSOA - PB				( 83 ) 988569543		( 83 ) 988000963
Unidade de saúde solicitante				CNS		Telefone
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA				2593262		( 83 ) 32165700

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares		
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VÔMITOS COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D: FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO EVIDENCIA TRAÇO ARTICULAR DE FRATURA DE RADIO DISTAL		
CID	Data de encaminhamento	
S52.6	21/10/2017 08:19:52	

Dr. Brício Kelyon B. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 87894  
TE 0115665

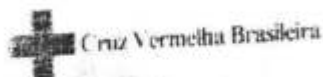
Assinatura e carimbo do profissional

13 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa <b>2017-10-21 08:19:52.0</b>
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (83) 988569543</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Barro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>7654/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 08:19:52</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matricula		Senha

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS  
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D  
RX DE PUNHO D: FRATURA DE RADIO DISTAL  
TC DE PUNHO COM FRATURA DE RADIO DISTAL COM EXTENSÃO ARTICULAR.

CD:

#IMOBILIZAÇÃO

#ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

### PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

### CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

### Conduta

Alta com encaminhamento externo

### Alta Hospitalar

Usuário  
**BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES**

Data e Hora  
**21/10/2017 08:19:52**

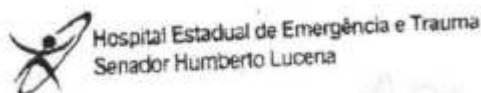
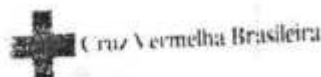
Motivo de Alta  
**ALTA MEDICA**

Observações  
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VOMITOS COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D: FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO D EVIDENCIA TRACO ARTICULAR DE FRATURA DE RADIO DISTAL

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7654  
DE 01/10/2015

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES  
(7654/PB)





**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>		BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (83) 988569543</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Prontuário	
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>		Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO</b>		Nº Cons. Regional <b>10062/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>			Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 07:35:58</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matricula	Senha	

### Anamnese

Paciente vítima de acidente de moto há 8 horas. Vítima de trauma em face e membro superior. No momento, paciente sem queixas, hemodinamicamente estável. nega dor, vômitos, náuseas. Ao exame: Abdome indolor, plano, timpânico. MV + em AHT, sem RA. Paciente em observação pela BMF e Ortopedia. Conduta: Alta da Cirurgia Geral

### Conduta

Em observação

Dr. Roberto Chianca T. de Carvalho Filho  
 Médico  
 CRM-PB 10062

ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO  
 (10062/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

10 ABR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035756</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
			Prontuário
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>6918/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 04:04:16</b>		
Convênio <b>IS</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS  
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D  
RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL , RX INCONCLUSIVO PARA DETERMINAR TERAPEUTICA  
CD SOLICITO TC DE PUNHO D

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES

## Conduta

n observação

LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR  
(6918/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

# PROTOCOLLO

JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e de Trauma  
Secretaria de Saúde - Paraíba

Assinatura e Carimbo do Profissional

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 5803-1090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
ELINALDO MIGUEL DA SILVA	10/01/1958	59	MASCULINO	1035758		20/10/2017 23:54:44
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				20/10/2017 23:54:44		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 DAPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO	2.0	ML		ORAL		AGORA		
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		EV		24H		

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA  
CRM: 2904

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional

10 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe <b>MARIA DAS MESSES FERREIRA</b>			Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional 2904/PB
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 20/10/2017 23:54:44	
Convênio 3	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VÔMITOS

CD:AVA, NCR + BMF + ORTOPEDIA  
SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRANIO + RADIOGRAFIAS  
ANALGESIA

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA ORAL, AGORA, 0,0 (MGTSM)  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

## CID10

Código	Descrição
S66.9	Traumatismo de músculo e tendão não especificado ao nível do punho e da mão

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

## Conduta

Em observação

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA  
(2904/PB)

13 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 20/10/17	ID de Ocorrência: 185873	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 1	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 18h	Hora de Chegada no Local: 19h
Paciente / Usuário: <u>JOÃO PESSOA</u>				Idade: 53	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone: 3161150
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro: _____				Bairro: <u>JOÃO PESSOA</u>		Médico Regulador: <u>3161150</u>
Logradouro: <u>JOÃO PESSOA</u>						
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: _____						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HEETSHL Hospital de Trauma Médico Receptor: _____				HEETSHL Hospital de Trauma Médico Receptor: _____		
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo: _____	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO Motivo: _____	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: _____	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> I- Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? <u>NECA</u>

1. DADOS VITAIS: PA: 120/80 FC: 71 FR: 15 HGT: 132 SpO2 - S/O2: 95 SpO2 - C/O2: 98

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente JOÃO PESSOA, 53 anos, BRANCO, PI DESPORTISTA 10 anos, COM CONTATO EM SABEDOS (TAT). NEGA LESIONES DE TRAUMA, PRINCIPAL DO ACIDENTE. COM SINTOMAS DE SINCOPE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Integridade da pele prejudicada

Intervenções: EDU + IMOBILIZAÇÃO + PRCS TRAUMAS

Evolução do Enfermeiro:

Paciente EVOLVE EBR, CONSCIENTE, ORIENTADO, NÃO RECORDE, SINTOMAS DE TRAUMA EM LESIONES DE TRAUMA EM LESIONES DE TRAUMA

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

ENCAMINHADO NO KED 31 RANCHO PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

JUGIETA





2 - VIA AÉREA: ☐ Livre ☒ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO: ☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE: ☐ Normal ☐ Superficial ☒ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS: ☒ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO: ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS: ☐ Não ☒ Sim - Local DETO JNF

3.2 - PERFUSÃO: ☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO  
ECGL \_\_\_\_\_

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO  
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: \_\_\_\_\_  
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não  
☐ Sim  
Objetos: \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_

COREN: \_\_\_\_\_

COREN: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

12 ABR. 2013

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (RUBRICA): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

RG / CPF: **PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Idade:

59 anos

Data:

21/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

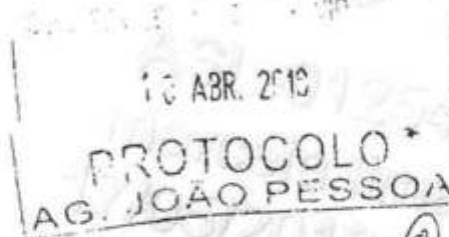
### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.  
Não há calcificações patológicas.  
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.  
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.  
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:03.

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
CRM: 5839







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Cavidades paranasais com configuração, contornos e aeração normais.  
Septo nasal sem desvios expressivos.  
Estruturas ósseas conservadas.  
Cavidades orbitárias sem alterações.  
Fossas pterigopalatinas livres.  
Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

13 ABR. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:05.

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860739

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Idade: 59 anos

Data: 21/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO DIREITO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Fratura cominutiva do rádio distal, com extensão para a superfície articular.

Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Espaços articulares conservados.

Pequeno derrame articular radiocarpal.

Densificação (edema) de partes moles periarticulares.

Densificação (edema) da tela subcutânea.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

13 ABR. 2018

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:38

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
CRM: 5839

*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clínica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

**LAUDO MÉDICO :**

O paciente Elinaldo Miguel da Silva é portador do CID : S 62 apresentando dor crônica, acompanhado de edema em punho esquerda proveniente de fratura ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :**

Segue em anexo :

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :**

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

13-06-2018

Dr Anuar Murad Filho  
Médico  
C.R.M-PB: 8.742



*Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-41 )*

*Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090*

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

818323404

NOME  
ELINALDO MIGUEL DA SILVA

DOC IDENTIDADE, ORG EMISSOR UF  
477510 SSP PB



CPT DATA NASCIMENTO  
225.557.574-49 10/01/1958

FILIAÇÃO  
ANTONIO MIGUEL DA  
SILVA  
MARIA DAS MESSES  
FERREIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB  
AB

Nº REGISTRO  
00525340527

VALIDADE  
20/08/2018

1º HABILITAÇÃO  
10/08/1986

OBSERVAÇÕES

A

*Elinaldo Miguel da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
20/08/2013

*Rodrigo Carvalho*

ASSINATURA DO EMISSOR

94445956014  
PB026971194

DETRAN-PB (PARAIBA)

818323404

PROTOCOLO  
AO JOAO PESSOA





NOME  
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR AI  
2634303 SSP PB

CNPJ  
050.424.914-22 DATA NASCIMENTO  
12/09/1984

RELACAO  
LUIZ ANTONIO COSTA  
MARIA DE FATIMA DA  
SILVA COSTA

RENTEIRO ACC CATAR  
0 0 0

Nº INSCRIÇÃO  
02684577050

VALIDADE  
05/01/2023

1ª HABILITAÇÃO  
06/01/2003



VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1631810501

OBSERVAÇÕES

*[Signature]*  
ASSINATURA DO PORTADOR

IDCCL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
08/01/2018

*[Signature]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

71539210462  
PB036039055

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1631810501



PARAÍBA



13 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

818323404

NOME  
ELINALDO MIGUEL DA SILVA

DOC IDENTIDADE, ORG EMISSOR UF  
477510 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
225.557.574-49 10/01/1958

FILIAÇÃO  
ANTONIO MIGUEL DA  
SILVA  
MARIA DAS MESSES  
FERREIRA

PERMISSÃO

ACC

CATHAB

AB

Nº REGISTRO  
00525340527

VALIDADE  
20/08/2018

1ª HABILITAÇÃO  
10/08/1986

OBSERVAÇÕES

*Elinaldo Miguel da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

JOAO PESSOA, PB

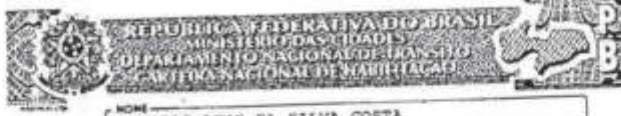
DATA EMISSÃO  
20/08/2013

*Rodrigo Carneiro*

ASSINATURA DO EMISSOR

94445956014  
PB026971194

DETRAN-PB (PARAIBA)



NOME  
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

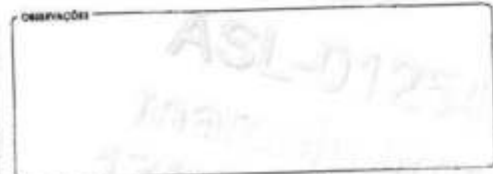
DOC. IDENTIDADE / ORDEMADOR UF  
2834303 SSP PB

CPF  
050.424.914-22 DATA NASCIMENTO  
12/09/1984

PLACAO  
LUIZ ANTONIO COSTA  
MARIA DE FATIMA DA  
SILVA COSTA

REMISSAO  
ACC  
CA/NA  
2

Nº INSCRIÇÃO  
02684577050 VALIDEZ  
05/01/2022 1ª EMISSÃO  
06/01/2003



ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
08/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR  
71539210462  
PB036039055

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1631810501

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1631810501

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:43:43

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:43:43

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:43:43

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:43:43  
13 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

L  
A  
C  
R  
E

0  
0  
4  
0  
4  
0  
2  
2  
1  
5

Nº 013221284445

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. DE PART 20170000233537-3  
0100387371-2 00/00000000 2017

NOME

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

CPF / CNPJ

22555757449

PLACA

OXO6464/PB

PLACA ANT / UF

NOVO PB

CHASSI

9C2KC1650ER022856

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. ANO MOD.

2014 2014

CAP / POT / CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. COTAS

I  
P  
V  
A

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

29/06/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA PB

DATA

29/06/2017

3797



Assessoria Técnica de Veículos  
Órgão Supervisor - DETRAN/PB

13 ABR 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013221284445

LA  
CRE

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

COD. DE REGISTRO

0100387371-2

00/00000000

2017

NOME

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

0  
0  
4  
0  
4  
0  
2  
2  
1  
5

CPF / CNPJ

22555757449

PLACA  
OXO6464/PB

PLACA ANT. / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2KC1650ER022856

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. - ANO MOD.

2014 2014

CAP. / POT. / CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. COTAS

1º

2º

3º

I  
P  
V  
A

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O 29/06/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

DATA

JOAO PESSOA

29/06/2017

3797



ASSINATURA DO DETRAN

13 ABR 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180228539 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELINALDO MIGUEL DA SILVA **Data do acidente:** 20/10/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DOR CRÔNICA, EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO DO DR. ANUAR MURAD FILHO, CRM 8742 DE 13/06/2018

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM do médico:** 52.34194-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*IVONE S. Valice*

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178635/18  
Vítima: ELINALDO MIGUEL DA SILVA  
CPF: 225.557.574-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/10/2017  
Titular do CPF: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ELINALDO MIGUEL DA SILVA : 225.557.574-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

**LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/05/2018  
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA  
CPF/CNPJ: 050.424.914-22

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180228539 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELINALDO MIGUEL DA SILVA **Data do acidente:** 20/10/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM do médico:** 52.34194-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Ívone S. Valice*

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

\_\_\_\_\_  
brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_,  
CI RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF/MF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à Rua \_\_\_\_\_,  
Cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,  
CEP: \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_.

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acácias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

ELINARDO MIGUEL DA SILVA  
 brasileiro(a), estado civil VIVO profissão AVULSO DE SERVIÇO  
 CI RG nº 477510  
 CPF/MF nº 225.557.574-48, residente e domiciliado(a) à Rua FLORIANÓPOLIS MONTING 38  
 Cidade de JOÃO PESSOA Estado PARAÍBA  
 CEP: 58046260 telefone 83986619863, 83-987511209.

**OUTORGADO:** LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acácias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

**CARTÓRIO CELEIDA**  
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
 COMARCA DA CAPITAL  
 RUA ARCELINO SUBTICHEL, 516 - CENTRO URBANO - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL: (31) 3221-4571  
 Reconheço Por Autenticidade a firma de ELINARDO MIGUEL DA SILVA, [1088147], J.Pessoa-PB, 05/04/2018 17:22:52 Enol. R\$9,48 Farpem:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA 05/04/2018 PEREIRA SILVA. Selo Digital A6545844-HSZ [Assinatura] <https://selodigital.celeida.com.br/assinatura/verificar>

em JOÃO PESSOA, 05 de ABRIL de 2018.

Leonardo Miguel da Silva Costa

16 ABR. 2018  
 PROTOCOLO  
 JOÃO PESSOA



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

ELINARDO MIGUEL DA SILVA  
 brasileiro(a), estado civil VIVO profissão  
AVULSO DE SERVIÇO CI RG nº 477510  
 CPF/MF nº 225.557.574-49, residente e domiciliado(a) à Rua  
MA FERNANDES SALES MOUTING 38  
 Cidade de JOÃO PESSOA Estado  
PARAIBA CEP: 58046260 telefone  
83986619863 83-987511209

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acácias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

**CARTÓRIO CELEIDA**  
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL  
 COMARCA DA CAPITAL  
 RUA AUGUSTO MONTESCHIESE, S/Nº - CENTRO GEOLÓGICO - JOÃO PESSOA - PARÁIBA - TEL: (83) 3361-1111  
 Reconheço Por Autenticidade a firma de ELINARDO MIGUEL DA SILVA, [106814], J. Pessoa-PB, 05/04/2018 17:22:52 Emol R\$9,48 Farpem:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabela de OLEIO DE OLIVADO PERCUTIA SILVA. Selo Digital AGS45044-HLSZ  
<https://selodigitalv.com.br/>

Cito João Pessoa, 05 de ABRIL de 2018.

Leonardo Miguel da Silva

CUMPRECE  
 16 ABR. 2018  
 PROTOCOLO  
 JOÃO PESSOA